

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas tinjauan pustaka yang di peroleh peneliti dari berbagai literatur yang berhubungan dengan topik penelitian. Diantaranya adalah tentang HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), wanita pekerja seks (WPS), *voluntary counselling and testing* (VCT) HIV, teori PROCEDE-PRECEED, kerangka teori, kerangka konsep, dan hipotesis penelitian.

A. Telaah Teori

1. HIV (*Human Immunodeficiency Virus*)

a. Pengertian HIV

HIV adalah sejenis virus yang menginfeksi sel darah putih yang menyebabkan menurunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. Penurunan sistem kekebalan tubuh mengakibatkan seseorang mudah terkena infeksi oportunistik (IO) seperti tuberkulosis (TB), kandidiasis oral, diare, *Pneumocystis Pneumonia* (PCP), dan *Pruritic Papular Eruption* (PPE). Berdasarkan penelitian, pasien yang dirawat di rumah sakit karena HIV, berisiko tinggi untuk terserang berbagai penyakit lain dan kematian. Penyakit lain yang mudah menyerang penderita HIV diantaranya malaria, TBC, influenza, mudah terkena

infeksi, dan penyakit infeksi menular seksual (IMS) seperti sifilis.^{3,6,21,22,23}

Orang yang terinfeksi HIV akan berlanjut menjadi AIDS bila tidak diberi pengobatan dengan antiretrovirus (ARV). Kecepatan perubahan dari infeksi HIV menjadi AIDS, sangat tergantung pada jenis dan virulensi virus, status gizi serta cara penularan. Cara penularan HIV melalui cairan genital, kontaminasi darah atau jaringan, dan perinatal. Dengan demikian infeksi HIV dibedakan menjadi tiga tipe, yaitu *rapid progressor* berlangsung 2-5 tahun, *average progressor* berlangsung 7-15 tahun, dan *slow progressor* lebih dari 15 tahun.¹⁰

b. Fase perjalanan alamiah infeksi HIV

Fase perjalanan alamiah infeksi HIV terbagi menjadi tiga fase yaitu:⁶

- 1) Fase I (masa jendela / *window period*) tubuh sudah terinfeksi HIV, namun pemeriksaan darah masih belum ditemukan antibodi anti-HIV. Berlangsung sekitar dua minggu sampai tiga bulan sejak infeksi awal, penderita sangat mudah menularkan HIV kepada orang lain. Sekitar 30%-50% orang mengalami gejala infeksi akut berupa demam, nyeri tenggorokan, pembesaran kelenjar getah bening, ruam kulit, nyeri sendi, sakit kepala, bisa disertai batuk seperti gejala flu pada umumnya yang akan mereda dan sembuh dengan atau tanpa pengobatan. Fase "*flu-like syndrome*" ini terjadi akibat serokonversi dalam darah, saat replikasi virus menjadi sangat hebat pada infeksi primer HIV.

- 2) Fase II (masa laten) yang bisa tanpa gejala (asimtomatik) hingga gejala ringan. Tes darah terhadap HIV menunjukkan hasil positif, walaupun gejala penyakit belum timbul. Penderita tetap dapat menularkan kepada orang lain. Masa tanpa gejala rata-rata berlangsung 2-3 tahun, masa dengan gejala ringan berlangsung selama 5-8 tahun ditandai oleh berbagai radang kulit seperti ketombe, folikulitis yang hilang timbul walau diobati.
- 3) Fase III (masa AIDS) merupakan fase terminal infeksi HIV dengan kekebalan tubuh yang menurun drastis sehingga mengakibatkan timbulnya berbagai infeksi oportunistik berupa peradangan mukosa, misalnya infeksi jamur di mulut, kerongkongan dan paru-paru. Infeksi TB, diare kronis dan penurunan berat badan sampai lebih dari 10% dari berat awal.

c. Dampak HIV

Selain dampak kesehatan fisik, HIV juga menimbulkan dampak terhadap demografi, sistem pelayanan kesehatan, ekonomi nasional, dan tatanan nasional. Dampak terhadap demografi disebabkan proporsi kelompok yang lebih muda terkena penyakit HIV diperkirakan usia harapan hidup dalam jangka waktu pendek, sehingga kontribusi mereka dalam ekonomi nasional dan perkembangan sosial kurang dapat diandalkan. Dampak terhadap sistem pelayanan kesehatan berdasarkan hasil penelitian yaitu pasien yang dirawat di rumah sakit karena HIV, berisiko tinggi untuk terserang berbagai penyakit lain dan kematian.

Perjalan penyakit yang lamban dari infeksi HIV menyebabkan penderita menjadi lebih mudah sakit dan membutuhkan semakin banyak perawatan kesehatan.^{16,21}

Dampak terhadap ekonomi nasional yaitu HIV lebih banyak menjangkiti orang muda dan mereka yang berada pada usia produktif utama (usia 19-49 tahun). Hal ini memiliki dampak besar pada angkatan kerja sehingga dapat meningkatkan kemiskinan dan ketidakseimbangan ekonomi. Dampak terhadap tatanan sosial disebabkan karena HIV menimbulkan dampak psikologis bagi penderita maupun keluarga penderita akibat stigma masyarakat terhadap HIV. Penderita HIV akan kehilangan kasih sayang dan kehangatan pergaulan sosial, pekerjaan dan sumber penghasilan sehingga menimbulkan kerawanan sosial.^{16,24}

2. *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) HIV

Pedoman pelaksanaan konseling dan tes HIV di Indonesia diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2014 meliputi:¹⁰

a. Pengertian VCT

Konseling dan tes HIV menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2014 ada dua, yaitu konseling dan tes HIV atas inisiasi pemberi layanan kesehatan (KTIP) dan konseling dan tes HIV sukarela (KTS) atau sering disebut VCT. KTIP adalah tes HIV yang dianjurkan atau ditawarkan oleh petugas kesehatan kepada pasien pengguna layanan kesehatan sebagai komponen pelayanan

standar layanan kesehatan di fasilitas tersebut, sedangkan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) adalah proses konseling sukarela dan tes HIV atas inisiatif individu yang bersangkutan. Konseling adalah proses dialog antara konselor (petugas kesehatan) dengan pasien/klien yang bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti oleh pasien atau klien. Konselor terlatih memberikan informasi, waktu, perhatian, dan keahliannya, untuk membantu klien/pasien dalam menggali dan memahami diri akan risiko infeksi HIV, mempelajari status dirinya dan mengerti tanggung jawab untuk mengurangi perilaku berisiko serta mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain serta untuk mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat.¹⁰

Konseling dan tes HIV dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis HIV dan AIDS, untuk mencegah sedini mungkin terjadinya penularan atau peningkatan kejadian infeksi HIV dan pengobatan lebih dini. Tes HIV sebagai satu-satunya “pintu masuk” untuk akses layanan pencegahan, pengobatan, perawatan, dan dukungan. Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS)/VCT mulai dilaksanakan di Indonesia pada tahun 2004 dan sejak tahun 2010 mulai dikembangkan Konseling dan Tes HIV atas Inisiatif Petugas Layanan Kesehatan (KTIP). Kedua pendekatan konseling dan tes HIV ini bertujuan untuk mencapai universal akses, dengan menghilangkan stigma dan diskriminasi, serta mengurangi *missed opportunities* pencegahan penularan infeksi HIV. Mengetahui

status HIV positif secara dini akan memaksimalkan ODHA menjangkau pengobatan sehingga mengurangi kejadian penyakit terkait HIV, menjauhkan dari kematian, dan mencegah penularan kepada pasangan seksual atau dari ibu ke bayinya.^{10,25}

b. Tujuan dan Sasaran VCT

Tujuan utama VCT yaitu mendorong orang yang sehat dan orang sehat tanpa gejala HIV (asimtomatik) untuk mengetahui status HIV sehingga mereka dapat mengurangi tingkat penularan HIV, mendorong seseorang untuk merubah perilaku, memberikan informasi tentang HIV AIDS, tes, pencegahan dan pengobatan bagi orang dengan HIV AIDS (ODHA). Namun dalam pelayanan VCT disarankan pada populasi berisiko (warga binaan permasyarakatan, ibu hamil, pasien TB, kaum migran, pelanggan pekerja seks dan pasangan ODHA) dan populasi kunci (pekerja seks, pengguna narkoba suntik, waria, lelaki seks dengan lelaki, dan transgender).^{10,25}

Penelitian yang dilakukan oleh Fonner, dkk menambahkan bukti bahwa VCT dapat merubah perilaku seksual berisiko terkait HIV sehingga mengurangi risiko terkait HIV (OR=3,24). Penelitian yang dilakukan oleh Velloza, Delany, dan Baeten (2019) menemukan dalam tiga dekade terakhir pencegahan HIV bergantung pada konseling, tes HIV, dan pembagian kondom.^{13,14}

c. Proses konseling pada VCT

Konseling adalah komunikasi informasi untuk membantu klien/pasien agar dapat mengambil keputusan yang tepat untuk dirinya dan bertindak sesuai keputusan yang dipilihnya. Proses konseling dalam VCT meliputi:^{10,26}

1) Konseling pra-tes

Dalam konseling pra-tes harus seimbang antara pemberian informasi, penilaian risiko dan respon kebutuhan emosi klien. Masalah emosi yang menonjol adalah rasa takut melakukan tes HIV karena berbagai alasan seperti ketidaksiapan menerima hasil tes, perlakuan diskriminasi, dan stigmatisasi masyarakat dan keluarga.

Ruang lingkup konseling pra-tes meliputi alasan kunjungan, informasi dasar dan klarifikasi fakta dan mitos HIV, penilaian risiko untuk membantu klien memahami faktor risiko, menyiapkan klien untuk tes HIV, memberikan pengetahuan tentang implikasi terinfeksi HIV dan memfasilitasi diskusi cara menyesuaikan diri dengan status HIV, menilai sistem dukungan termasuk kondisi kejiwaan, meminta *informed consent* sebelum dilakukan tes HIV, dan menjelaskan pentingnya menyingkap status untuk kepentingan pencegahan, pengobatan, dan perawatan.

Pemberian informasi dasar terkait HIV bertujuan agar klien memahami cara pencegahan, penularan HIV, perilaku berisiko, pentingnya tes HIV, dan mengurangi rasa khawatir dalam tes HIV.

Konselor perlu mengetahui latar belakang kedatangan klien, memfasilitasi kebutuhan klien supaya tes HIV memberikan penguatan untuk menjalani hidup sehat dan produktif, dan melakukan komunikasi perubahan perilaku.

Komunikasi perubahan perilaku adalah unsur penting dalam konseling pra-tes yang tidak boleh dihilangkan meliputi penilaian risiko dan kerentanan klien akan terinfeksi HIV terhadap dirinya, penjelasan dan praktik perilaku aman dalam pencegahan seperti penggunaan kondom dan jarum suntik, membuat rencana untuk perubahan perilaku hidup sehat, penguatan dan komitmen klien untuk hidup sehat, dan lingkungan yang mendukung untuk praktik perilaku aman seperti ketersediaan kondom, alat suntik, media informasi dan edukasi serta layanan konseling bagi individu, keluarga, maupun masyarakat.

2) Konseling pasca tes HIV

Konseling pasca tes HIV adalah konseling untuk menyampaikan hasil pemeriksaan kepada klien secara individual guna memastikan klien/pasien mendapat tindakan sesuai hasil tes terkait dengan pengobatan dan perawatan selanjutnya. Proses ini membantu klien/pasien memahami penyesuaian diri dengan hasil pemeriksaan. Proses konseling pasca tes tetap dilanjutkan dengan konseling lanjutan yang sesuai dengan kondisi klien/pasien yaitu konseling HIV pada ibu hamil, konseling pencegahan positif (*positive*

prevention), konseling *adherence* pada kepatuhan minum obat, konseling pada gay, waria, lesbian dan pekerja seksual, konseling HIV pada pengguna napza, konseling pasangan, konseling keluarga, konseling pada klien/pasangan gangguan jiwa, konseling pada warga binaan permasyarakatan (WBP), konseling pengungkapan status, konseling gizi, konseling yang berkaitan dengan isu gender, konseling paliatif dan duka cita,

Konseling pada gay, waria, lesbian, dan pekerja seks konselor perlu mendiskusikan orientasi seksual klien dalam menurunkan risiko penularan. Penggunaan kondom mutlak diperlukan pada setiap hubungan seksual vaginal, anal, maupun oral. Pendekatan mental emosional atas hubungan seksual, relasi individu dengan pasangannya serta keluarganya terkait beban mental sangat diperlukan karena faham dan perilaku tidak sesuai dengan norma.

d. Prinsip dasar VCT

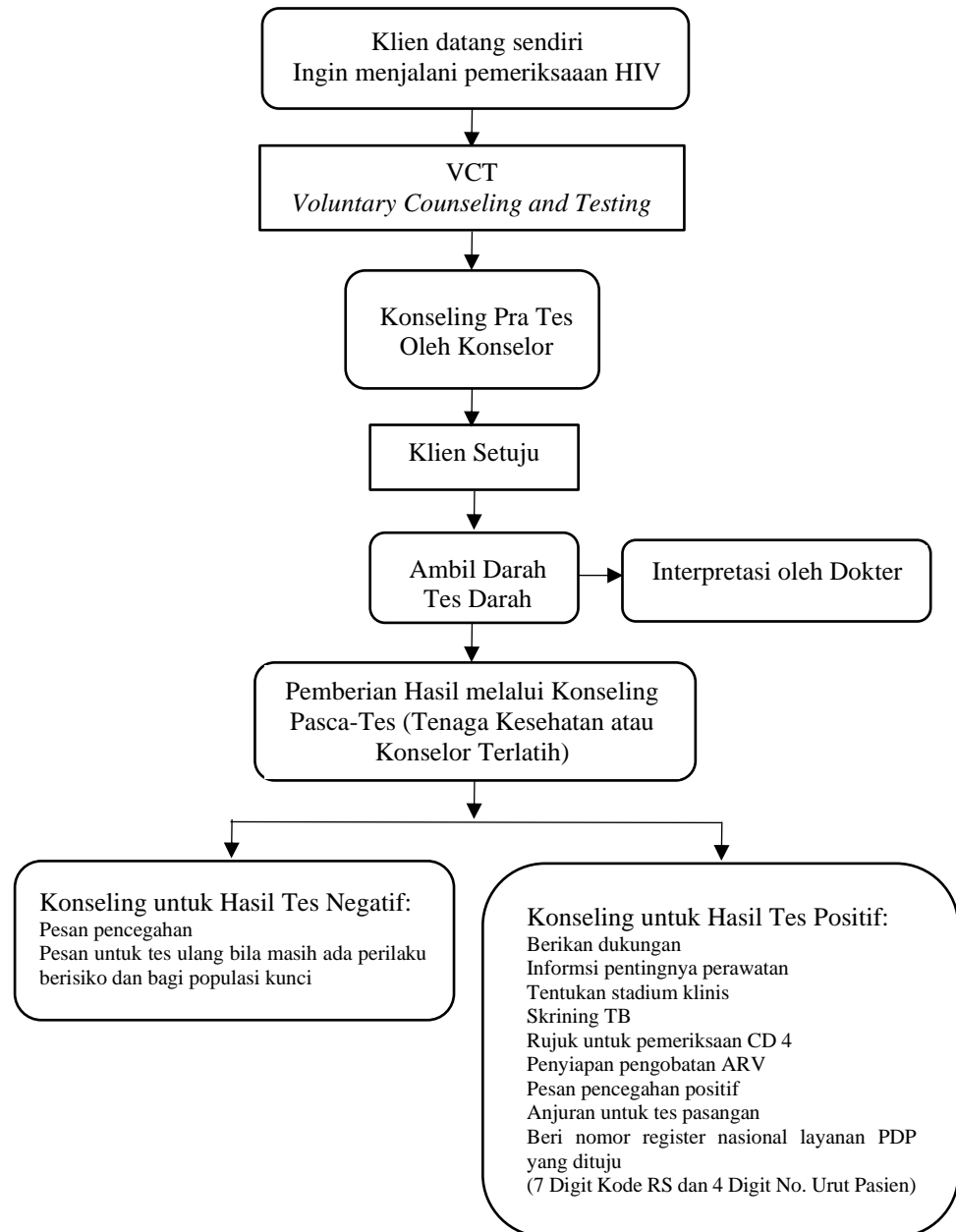
Dalam pelaksanaannya, tes HIV harus mengikuti prinsip yang telah disepakati secara global yaitu 5 komponen dasar yang disebut 5C.¹⁰

- 1) *Informed Consent*, adalah persetujuan akan suatu tindakan pemeriksaan laboratorium HIV yang diberikan oleh pasien/klien atau wali setelah mendapatkan dan memahami penjelasan yang diberikan secara lengkap oleh petugas kesehatan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien/klien tersebut.

- 2) *Confidentiality*, adalah semua isi informasi atau konseling antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan pasien/klien. Konfidensialitas dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien.
- 3) *Counselling*, yaitu proses dialog antara konselor dengan klien bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti klien/pasien. Konselor memberikan informasi, waktu, perhatian, dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari keadaan dirinya, mengenali, dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Layanan konseling HIV harus dilengkapi dengan informasi HIV dan AIDS, konseling pra-Konseling dan Tes, dan konseling pasca-Konseling dan Tes.
- 4) *Correct test results*, hasil tes harus akurat. Layanan tes HIV harus mengikuti standar pemeriksaan HIV nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada pasien/klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa.
- 5) *Connections to care, treatment and prevention services*, pasien/klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan system rujukan yang baik dan terpantau.

e. Alur Pelaksanaan VCT

Berikut alur pelaksanaan *voluntary Counselling and Testing* (VCT) berdasarkan pedoman pelaksanaan konseling dan tes HIV dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2014.



Gambar 3. Alur VCT¹⁰

f. Model Layanan konseling tes HIV

Model pelayanan konseling dan tes HIV ada dua yaitu model pelayanan statis (tetap) dan *mobile* (bergerak). Model pelayanan konseling dan tes HIV statis adalah mendorong mereka datang secara sukarela di fasilitas kesehatan. Penyelenggaraan konseling dan tes HIV difasilitas kesehatan harus terintegrasi antara lain dengan pelayanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, kesehatan remaja, IMS, TB, hepatitis, napza dan rehabilitasi di wilayah epidemi rendah atau terkonsentrasi. Layanan konseling dan tes HIV selain terintegrasi, juga dapat dilaksanakan secara mandiri disebut KTS/VCT. Pada umumnya, layanan ini diselenggarakan di tingkat komunitas sehingga lebih dekat dengan masyarakat yang membutuhkannya. Model tersebut menekankan kesukarelaan klien untuk datang mencari layanan dan dengan persetujuan (*informed consent*). Layanan mengacu pada prinsip 5C.¹⁰

Model layanan konseling dan tes HIV *mobile* (bergerak) adalah menjangkau klien potensial dengan cara menyelenggarakan layanan ke tempat mereka berada. Model layanan bergerak dapat bersifat sementara tetapi dilaksanakan secara berkala atau sewaktu-waktu sesuai kebutuhan di tempat komunitas. Model ini perlu dukungan dan berkoordinasi secara kuat dengan layanan penjangkauan, pendukung sebaya (*peer educator*), dan terkait dengan layanan komprehensif berkesinambungan yang menjadi strategi pengendalian HIV dan AIDS di Indonesia.¹⁰

Penyelenggaraan model layanan bergerak mengikuti sistem penjangkauan yang ada, misalnya terhadap populasi kunci yang jauh dari layanan kesehatan dengan tim yang terdiri dari petugas kesehatan, konselor, teknisi laboratorium, tenaga administrasi dan pembantu umum. Tes HIV dilakukan dengan metode tes cepat HIV setelah sesi informasi atau konseling pra-tes dan persetujuan klien. Hasilnya dikomunikasikan segera kepada klien/pasien diikuti dengan rujukan ke layanan HIV. Jika kegiatan ini dilakukan oleh puskesmas, seperti puskesmas keliling, maka pemberian ARV dapat diinisiasi setelah ada penegakan tes diagnostik dengan hasil tes positif. Model layanan bergerak ini cocok diterapkan bagi komunitas di tempat yang sulit dijangkau, termarginalisasi, ataupun populasi kunci yang kurang mendapat akses layanan kesehatan formal, misalnya klien/pasien tidak mengetahui adanya layanan atau klien yang belum bersedia akses pada layanan kesehatan.¹⁰

g. Rujukan dan tindak lanjut pascates HIV

Rujukan ke layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP) dan layanan lain yang dibutuhkan dilakukan jika klien membutuhkan layanan spesifik di samping layanan konseling. Semua pasien yang terinfeksi HIV harus dirujuk ke layanan PDP karena mereka berhak mendapatkannya. Rujukan dapat berupa internal maupun eksternal. Rujukan ke layanan psikiatrik diperlukan jika klien mempunyai gangguan psikiatrik, mengalami goncangan jiwa berat seperti depresi,

gangguan panik, kecemasan, agresif, dan risiko bunuh diri. Kelompok dukungan yang dikembangkan oleh ODHA maupun masyarakat yang peduli HIV dan AIDS.

3. Wanita pekerja seks (WPS)

Pekerja seks didefinisikan sebagai laki-laki atau perempuan yang berhubungan seks dengan imbalan uang atau yang setara. Wanita pekerja seks (WPS) dapat diklasifikasikan sebagai wanita pekerja seks langsung (WPSL) dan wanita pekerja seks tidak langsung (WPSTL). WPSL adalah perempuan yang menjual seks sebagai sumber utama mencari nafkah, sementara WPSTL memiliki cara lain untuk mencari nafkah tetapi menjual seks untuk menambah pendapatan mereka. WPSL biasanya ditemukan di wisma, lokalisasi dan sejumlah panti pijat, sementara WPSTL ditemukan di bar, karaoke, dan tempat-tempat hiburan lainnya. WPSL cenderung memiliki jumlah pelanggan yang lebih besar dan tidak menggunakan kondom sesering WPSTL sehingga secara umum terpapar terhadap risiko penularan HIV yang lebih tinggi.

Populasi kunci adalah orang-orang yang berisiko tertular HIV karena perilaku seksual berisiko terdiri dari pekerja seks, pengguna narkoba suntik, waria, lelaki seks dengan lelaki dan transgender. Wanita pekerja seks (WPS) merupakan salah satu populasi kunci dalam penularan HIV yang mempunyai risiko tertular HIV 21 kali lebih tinggi dan menularkan HIV karena mempunyai banyak pasangan seksual. Di banyak negara berkembang, 20-40 % laki-laki mengakui kadang-kadang membeli layanan

seksual secara teratur pada WPS. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV, WPS termasuk populasi kunci yang masuk ke dalam sasaran tes HIV dan perlu tes HIV ulang 6 bulan sekali. WPS merupakan salah satu populasi kunci yang menjadi target intervensi pencegahan HIV.^{2,10,11,12}

4. Teori PRECEDE-PROCEED

PRECEDE-PROCEED model (PPM) merupakan sebuah model perencanaan program kesehatan yang dikemukakan oleh Lawrence W. Green tahun 1974. PRECEDE-PROCEED model merupakan sebuah struktur komprehensif untuk menilai kebutuhan kesehatan untuk mendesain, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program promosi kesehatan dan program kesehatan lainnya untuk memenuhi kebutuhan tersebut. PRECEDE merupakan singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation*. PRECEDE merupakan bagian diagnosis dalam model perencanaan kesehatan ini, yang memberikan struktur untuk merencanakan program kesehatan masyarakat yang terarah dan terfokus. PROCEED merupakan singkatan dari *Policy, Regulatory, and Organizational Construct in Educational and Environmental Development*. PROCEED merupakan bagian implementasi dan evaluasi dalam model perencanaan kesehatan ini, yang memberikan struktur untuk implementasi dan evaluasi program kesehatan masyarakat.²⁷

PROCEDE-PRECEED model menggunakan beberapa asumsi tentang pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan isu komunitas bahwa perilaku sehat merupakan kegiatan sukarela, kesehatan merupakan isu komunitas, kesehatan merupakan bagian integral dari kualitas hidup, dan kesehatan lebih dari sekedar sehat fisik, bebas dari penyakit, kelemahan dan konstelasi dari faktor-faktor ekonomi, sosial, politik, ekologi, dan fisik yang berpengaruh pada kesehatan dan kualitas hidup individu-individu dan komunitas. Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor luar perilaku (*nonbehavior causes*).^{15,27,28}

PRECEDE terdiri dari fase 1 sampai dengan 4 berfokus pada perencanaan program, sedangkan PROCEED terdiri dari fase 5 sampai dengan 8 berfokus pada implementasi dan evaluasi. Pada fase ketiga penilaian edukasi dan ekologi (*educational and ecological assessment*), perencana program memilih faktor-faktor yang jika diubah akan menghasilkan perubahan perilaku. Faktor-faktor ini di klasifikasikan menjadi faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).^{11,22}

Faktor predisposisi (*predisposing factors*) yaitu faktor yang mempermudah dan mendasari terjadinya perilaku tertentu. Faktor predisposisi adalah karakteristik individu atau populasi yang mempengaruhi perilaku sebelum ataupun selama terjadi perilaku itu. Sebagian besar dari mereka berada dalam domain psikologi. Faktor

predisposisi secara umum dapat dikatakan sebagai pertimbangan-pertimbangan personal dari suatu individu atau kelompok yang mempengaruhi terjadinya perilaku. Pertimbangan tersebut dapat mendukung atau menghambat terjadinya perilaku. Yang termasuk ke dalam kelompok faktor predisposisi antara lain pengetahuan, sikap, nilai-nilai budaya, persepsi, dan beberapa karakteristik individu seperti umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.^{15,27}

Faktor pemungkin (*enabling factors*) yaitu faktor-faktor atau karakteristik lingkungan, keterampilan, atau ketersediaan sumber daya yang memungkinkan terjadinya suatu perilaku tertentu atau memungkinkan suatu motivasi direalisasikan. Yang termasuk dalam kelompok faktor pemungkin tersebut antara lain ketersediaan pelayanan kesehatan, aksesibilitas dan kemudahan pelayanan kesehatan baik dari segi jarak, biaya, dan sosial, serta adanya peraturan-peraturan dan komitmen masyarakat dalam menunjang perilaku tersebut. Faktor pemungkin menjadi target antara intervensi program pada organisasi atau masyarakat.^{15,25,27}

Faktor penguat (*reinforcing factors*) adalah ganjaran atau hukuman yang diberikan sebagai konsekuensi dari sebuah perilaku. Faktor penguat dapat memperkuat motivasi, sedang hukuman dapat memperlemah motivasi untuk melakukan suatu perilaku. Kelompok faktor penguat meliputi pendapat, dukungan sosial, pengaruh teman, kritik baik dari teman-teman atau lingkungan bahkan saran dan umpan balik dari petugas

kesehatan. Dukungan masyarakat atau sosial dapat mendorong tindakan individu untuk bergabung atau bekerja sama dengan kelompok yang membuat perubahan. Dukungan tersebut dapat berasal dari anggota masyarakat, dukungan teman sebaya, praktisi promosi kesehatan, dan petugas kesehatan.^{15,27}

5. Karakteristik sosiodemografi

Berdasarkan beberapa penelitian, karakteristik sosiodemografi meliputi usia, status pernikahan, pendidikan, dan lama bekerja.

a. Usia

Umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Semakin bertambahnya usia semakin berkembang pula daya tangka dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.^{29,30}

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Arjianti dan Santik tentang konsistensi penggunaan kondom untuk pencegahan PMS dan HIV pada wanita pekerja seksual, usia WPS dikategorikan menjadi:

- 1) < 20 tahun
- 2) 20-35 tahun
- 3) > 35 tahun

Penggolongan umur tersebut berdasarkan *self-efficacy* yang dimiliki oleh WPS. WPS yang berusia muda akan memiliki *self-efficacy* yang

rendah. Usia muda sering diidentikan dengan kurangnya pengalaman dan keberanian dalam mengambil suatu keputusan. *Self-efficacy* adalah kepercayaan seseorang atas kemampuannya dalam menguasai situasi dan menghasilkan sesuatu yang menguntungkan.^{31,27}

b. Status Pernikahan

Ikatan lahir batin antara seorang pria dengan wanita sebagai suami isteri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Mahaesa. Perkawinan adalah sah, apabila dilakukan menurut hukum masing-masing agamanya dan kepercayaan itu. Tiap-tiap perkawinan dicatat menurut perundang-undangan yang berlaku. Berdasarkan penelitian Widiyanto jumlah sampel sebanyak 90 WPS dengan status pernikahan cerai hidup/cerai mati sebanyak 66,7% WPS, status menikah sebanyak 8,9%, dan 24,4% responden belum menikah. Berdasarkan penelitian Perdana, Dermatoto, dan Indarto responden berjumlah 142 WPS, status pernikahan WPS cerai hidup/mati sebanyak 69 (48,6%) dan pasangan merupakan salah satu pemberi dukungan dalam melakukan VCT.^{16,17,32}

c. Pendidikan

Usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta ketrampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara.

Pendidikan terdiri dari pendidikan formal, nonformal, informal, pendidikan anak usia dini, pendidikan jarak jauh, dan pendidikan berbasis masyarakat. Pendidikan formal adalah jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri atas pendidikan dasar yang berbentuk sekolah dasar (SD), Madrasah Ibtidaiyah (MI) atau bentuk lain yang sederajat serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs) atau bentuk lain yang sederajat.³³

Pendidikan menengah yang merupakan lanjutan dari pendidikan dasar terdiri atas pendidikan menengah umum berbentuk Sekolah Menengah Atas (SMA) dan Madrasah Aliyah (MA) serta pendidikan menengah kejuruan berbentuk Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) dan Madrasah Aliyah Kejuruan (MAK) atau bentuk lain yang sederajat. Pendidikan tinggi merupakan jenjang pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi dan diselenggarakan dengan sistem terbuka. Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi atau mendukung tingkat pengetahuan seseorang dan taraf pendidikan yang rendah selalu berhubungan dengan informasi dan pengetahuan terbatas. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi pula pemahaman seseorang terhadap informasi yang didapat dan pengetahuannya pun akan semakin tinggi.³³

Berdasarkan penelitian Widiyanto jumlah sampel sebanyak 90 WPS. Tingkat Pendidikan responden tergolong cukup rendah yaitu

pendidikan terakhir tidak tamat/tamat SD 35,6%, pendidikan terakhir tamat SMP 45,6%, pendidikan terakhir tamat SMA 18,9%, dan tidak terdapat responden dengan pendidikan tamat akademi/ perguruan tinggi. Menurut Kawichai, dkk dalam Widiyanto menyatakan bahwa klien laki-laki maupun perempuan yang tidak berpendidikan lebih cenderung untuk tidak mengikuti testing HIV. Berdasarkan penelitian Perdana, Dermatoto, dan Indarto (2017) responden berjumlah 142 WPS, hampir seluruh pendidikan WPS dibawah SMA yaitu sebanyak 124 WPS (87,3%).^{16,17}

d. Lama bekerja

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu serta dapat memberikan pengalaman maupun pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung. Lingkungan pekerjaan dapat membentuk suatu pengetahuan karena adanya saling menukar informasi antara teman-teman di lingkungan kerja.³⁴

Lama bekerja adalah suatu kurun waktu atau lamanya tenaga kerja itu bekerja di suatu tempat. Penelitian yang dilakukan oleh Wulandari, Cahyo, Syamsulhuda, dan Widagdo tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku wanita pekerja seks (WPS) untuk melakukan VCT di lokalisasi Tegal Panas Kabupaten Semarang adalah lama bekerja sebagai WPS, tingkat pengetahuan, sikap, dan dukungan

konselor. Dari 109 sampel yang masuk kriteria inklusi WPS yang sudah lama bekerja (>1 tahun) sebanyak 63,3%.^{34,35}

Berdasarkan penelitian Widiyanto jumlah sampel sebanyak 90 WPS yang telah bekerja sebagai WPS selama kurang dari 1 tahun sebanyak 46,7%, WPS yang telah bekerja selama 1-2 tahun sebanyak 31,1%, WPS yang telah bekerja selama 2-4 tahun sebanyak 15,6%, dan WPS yang telah bekerja selama lebih dari 4 tahun sebanyak 6,6%. Rata-rata responden bekerja sebagai WPS selama 21 bulan. WPS yang telah lama bekerja mendapat paparan informasi yang lebih sering daripada WPS yang baru bekerja, sehingga semakin lama WPS bekerja tingkat pengetahuannya pun akan semakin baik. Berdasarkan penelitian Perdana, Dermatoto, dan Indarto responden berjumlah 142 WPS yang bekerja selama 1-2 tahun sebanyak 58 (40,9%) dan yang bekerja kurang dari 1 tahun sebanyak 57 (40,1%). Sehingga dari berbagai penelitian lama kategori bekerja dapat dikategorikan menjadi baru (≤ 2 tahun) dan lama (> 2 tahun).^{16,17}

6. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Perilaku yang didasari dari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh

pengetahuan. Secara teori pengetahuan akan menentukan perilaku seseorang. Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik meliputi umur, kemampuan dan kehendak atau kemauan. Faktor ekstrinsik meliputi Pendidikan, pekerjaan, keadaan bahan yang akan dipelajari. Dengan meningkatkan dan mengoptimalkan faktor intrinsik yang ada dalam diri dan faktor ekstrinsik diharapkan pengetahuan akan meningkat.²⁸

Menurut Budiman dan Riyanto, faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pendidikan, informasi atau media massa, sosial budaya dan ekonomi, lingkungan, pengalaman, dan usia. Pendidikan merupakan proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi, sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi. Informasi atau media massa, mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapat informasi tentang sesuatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasannya. Sosial, budaya dan ekonomi, tradisi atau budaya yang dilakukan seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Seseorang yang mempunyai sosial budaya baik maka pengetahuannya akan baik. Status ekonomi seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang

yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata akan sulit untuk meningkatkan pengetahuan.^{30,36}

Lingkungan, mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan, maka pengetahuan yang akan didapatkan baik begitupun sebaliknya. Pengalaman, bagaimana cara menyelesaikan permasalahan dari pengalaman sebelumnya yang telah dialami dapat menjadi pengetahuan apabila kelak mendapatkan masalah yang sama. Usia, semakin bertambahnya usia semakin berkembang pula daya tangka dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.³⁶

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden ke dalam pengetahuan yang ingin diukur dan disesuaikan dengan tingkatannya. Tingkat pengetahuan dapat ditentukan dengan kriteria baik jika menguasai materi $\geq 76-100\%$, cukup jika menguasai materi $\geq 56-75\%$, dan kurang jika menguasai materi $< 56\%$.³⁷

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Irmayati, Yona, dan Waluyo, yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan tes HIV antara lain stigma HIV (OR=2,727), pengetahuan tentang HIV (OR=3,750), dan perilaku berisiko HIV (OR=2,381). Penelitian yang dilakukan oleh Apriyanti (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi wanita pekerja seks

(WPS) dalam pemeriksaan *voluntary counselling and testing* di Lokalisasi Pasar Kembang Yogyakarta antara lain media informasi, dukungan teman sebaya, pengetahuan, dan persepsi.^{19,20}

Penelitian yang dilakukan oleh Wulandari, Cahyo, Syamsulhuda, dan Widagdo tentang faktor- faktor yang berhubungan dengan perilaku wanita pekerja seks (WPS) untuk melakukan VCT di lokalisasi Tegal Panas Kabupaten Semarang adalah lama bekerja sebagai WPS, tingkat pengetahuan, dan dukungan konselor. Sampel dalam penelitian ini adalah 109 orang yang masuk kriteria inklusi. Dari jumlah sampel, tingkat pengetahuan responden tentang HIV/AIDS kurang yaitu sebanyak 52,3%, responden menganggap HIV adalah penyakit sebanyak 78%, responden yang tidak mengetahui periode jendela 89%, dan sebanyak 97,2% responden menyatakan HIV ditularkan melalui hubungan seks tidak aman, namun selebihnya tidak mengetahui cara lain penularan HIV.¹⁸

7. Persepsi

Persepsi atau keyakinan sering disebut sebagai faktor yang berkaitan dengan motivasi seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Kepercayaan atau persepsi individu terhadap sesuatu menumbuhkan rencana tindakan dalam diri individu. Adanya persepsi yang baik atau tidak baik dapat berasal dari pengetahuan, pengalaman, informasi yang diperoleh individu yang bersangkutan sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu. Adanya pengalaman dalam diri individu maupun pengalaman orang lain menumbuhkan persepsi tentang kesehatan. Adanya kepercayaan yang ada

menyebabkan individu mengikuti perilaku sesuai kepercayaan yang diyakini.^{17,38}

Keyakinan merupakan sebuah pendirian bahwa suatu fenomena atau objek bernilai benar atau nyata. *Health Belief Model* menjelaskan kaitan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dengan pola keyakinan tertentu. Model-model tersebut berdasarkan asumsi-asumsi tentang perubahan perilaku. Orang harus percaya bahwa kesehatan dirinya terancam, untuk penyakit tanpa gejala seperti hipertensi atau kanker stadium awal orang harus percaya bahwa dirinya dapat terkena dan tidak merasakan gejalanya. Orang harus meyakini keseriusan kondisi yang akan terjadi akibat sakit atau ketidaknyamanan yang dideritanya. Dalam menilai keadaan, orang harus mempercayai bahwa keuntungan yang berawal dari perilaku yang diharapkan menimbulkan biaya dan ketidaknyamanan, tetapi masih mungkin untuk dilakukan. Harus ada tanda atau sesuatu yang mempercepat orang tersebut merasa perlu untuk segera melakukan tindakan.³⁹

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Widiyanto, Widjanarko, dan Suryoputro faktor-faktor yang mempengaruhi VCT yaitu kepercayaan pada VCT, mengetahui status HIV, dan motivasi untuk mematuhi dukungan orang lain. Keyakinan tentang VCT memberikan kontribusi lebih dari variabel lain dalam memprediksi pengulangan VCT pada wanita pekerja seks. Sampel penelitian berjumlah 90 WPS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 71,1% responden sudah mempunyai keyakinan yang baik

tentang VCT, tetapi masih terdapat 28,9% responden yang mempunyai keyakinan kurang baik tentang VCT.¹⁶

Keyakinan responden tentang VCT yang kurang baik ditunjukkan oleh beberapa hal. Sebanyak 36,7% responden mempunyai keyakinan bahwa meski melakukan VCT tidak merubah kesehatan diri WPS karena sering berganti-ganti pasangan seksual, hal ini disebabkan oleh masih terdapat banyak pelanggan yang tidak mau memakai kondom saat berhubungan seks dengan WPS. Sebanyak 35,6% responden menyatakan masih dapat melindungi diri dari HIV tanpa melakukan VCT. Terdapat persepsi yang salah dari responden bahwa tanpa melalui tes HIV di klinik VCT, mereka dapat mengetahui apakah diri mereka terinfeksi HIV atau tidak, hanya dengan melihat tanda-tanda dan perubahan-perubahan yang tampak pada diri mereka. Sebesar 35,5% responden masih mempunyai keyakinan bahwa perilaku seks WPS tidak berisiko mengidap HIV sehingga tidak harus melakukan VCT. Sebanyak 35,5% responden mempunyai keyakinan bahwa banyak teman-teman WPS yang tidak merubah perilaku seks berisiko setelah melakukan VCT. Keyakinan ini menyebabkan responden juga terpengaruh untuk tidak merubah perilaku berisiko pada dirinya, karena perilaku teman-teman WPS mempunyai pengaruh besar terhadap perilaku individu WPS.¹⁶

Penelitian yang dilakukan oleh Perdana, Dermatoto, dan Indarto tentang pengaruh faktor-faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat dalam penggunaan VCT pada wanita pekerja seks di Grobogan Jawa Tengah

adalah sikap positif pada status HIV (OR=6,09), keyakinan manfaat positif VCT (OR=10,58), motivasi eksternal (OR=8,30) dan dukungan sosial (OR=9,45), secara positif mempengaruhi penggunaan VCT. Berdasarkan hasil penelitian, keyakinan sebagian besar WPS tentang VCT termasuk dalam kategori baik. WPS telah mempercayai bahwa kesehatan dirinya terancam dalam beberapa tahun mendatang jika tidak melakukan VCT. Mereka juga meyakini keseriusan kondisi yang terjadi bila terinfeksi HIV. Kesadaran untuk melakukan VCT sudah ada pada kelompok WPS yang menjadi responden dalam penelitian. Keyakinan sering disebut sebagai faktor yang berkaitan dengan motivasi seseorang untuk melakukan suatu tindakan.¹⁷

Penelitian yang dilakukan oleh Apriyanti, faktor-faktor yang mempengaruhi wanita pekerja seks (WPS) dalam pemeriksaan *voluntary counseling and testing* di Lokalisasi Pasar Kembang Yogyakarta antara lain media informasi, dukungan teman sebaya, pengetahuan, dan persepsi. Penelitian yang dilakukan oleh Fibriana, terhadap 93 pelanggan WPS menunjukkan partisipasi pelanggan WPS di resosialisasi Argorejo dalam melakukan VCT rendah yaitu 60,2% (56 orang), hal ini dipengaruhi oleh rendahnya persepsi kerentanan, persepsi keparahan, HIV/AIDS, persepsi manfaat VCT, motivasi/isyarat melakukan VCT, dan persepsi hambatan VCT lebih tinggi. Responden yang memiliki persepsi tentang kerentanannya rendah memiliki proporsi lebih besar untuk tidak melakukan VCT dibandingkan dengan responden yang persepsinya tinggi.^{20,40}

8. Dukungan sosial

Dukungan sosial adalah tersedianya hubungan yang bersifat menolong dan mempunyai nilai khusus bagi individu yang menerimanya. Sedangkan menurut King dalam Ushfuriyah dukungan sosial adalah informasi atau umpan balik dari orang lain yang menunjukkan bahwa seseorang dicintai dan diperhatikan, dihargai, dihormati dan dilibatkan dalam jaringan komunikasi dan kewajiban timbal balik.⁴¹

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Perdana, Dermatoto, dan Indarto tentang pengaruh faktor-faktor predisposisi, pemungkin, dan penguat dalam penggunaan VCT pada wanita pekerja seks di Grobogan Jawa Tengah adalah sikap positif pada status HIV (OR=6,09), manfaat positif yang dirasakan (OR=10,58), motivasi eksternal (OR=8,30) dan dukungan sosial (OR=9,45), secara positif mempengaruhi penggunaan VCT. Dukungan orang lain yang diukur dalam penelitian ini adalah dukungan dari mucikari, petugas outreach, teman WPS, keluarga, petugas kesehatan klinik VCT, pelanggan dan pasangan/pacar WPS. Sebagian besar WPS mendapat dukungan yang baik dari orang-orang di sekitar dalam melakukan VCT.¹⁷

Dukungan dari orang lain merupakan faktor penguat terhadap dilakukannya praktik VCT oleh WPS. Pada saat melakukan VCT, WPS mendapat keuntungan sosial berupa pengakuan sosial dari sesama WPS, keuntungan fisik dengan rasa nyaman yang diperoleh setelah mendapatkan hasil tes dan penghargaan dari pengurus berupa bantuan transportasi. Semua

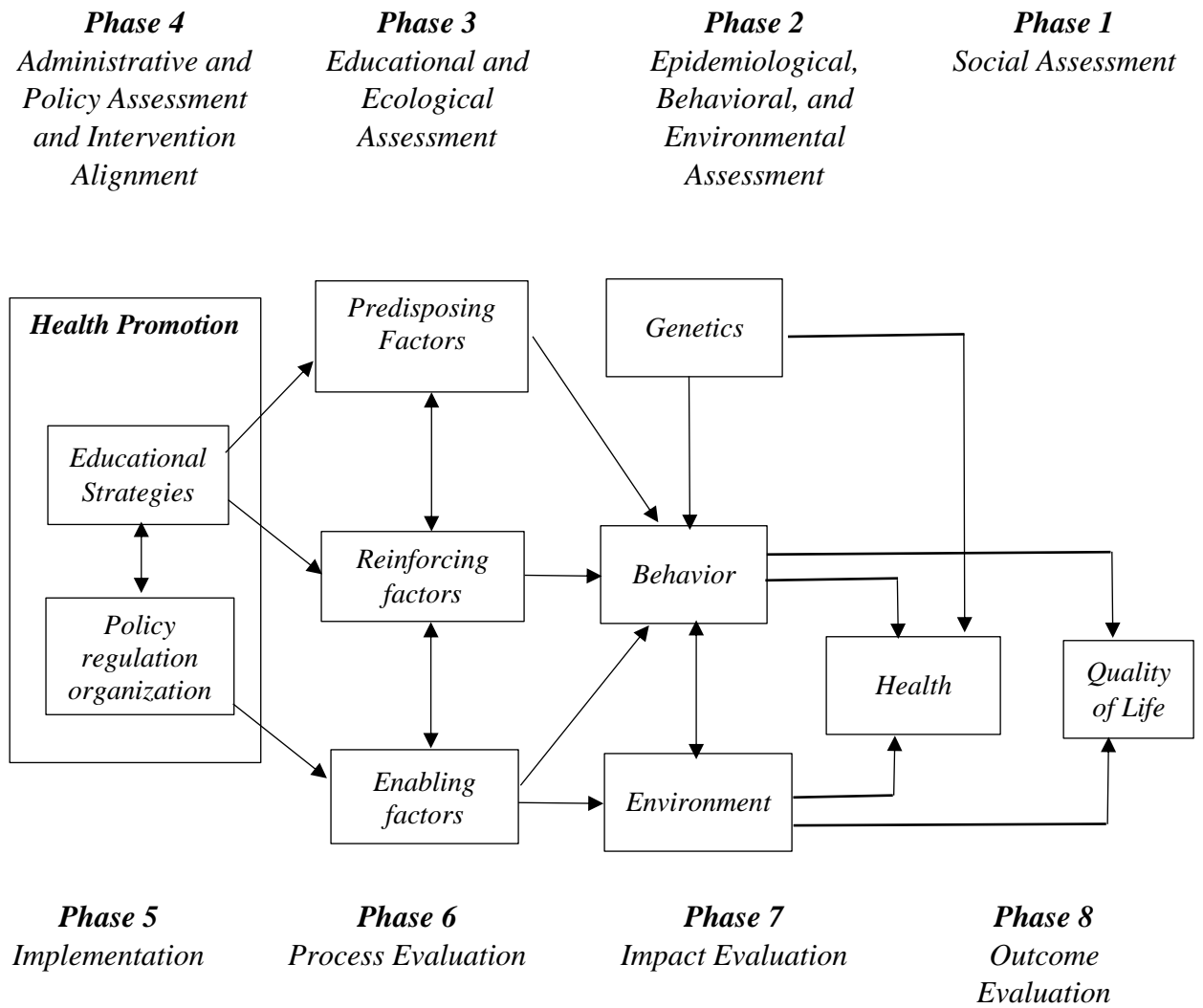
keuntungan dan penghargaan tersebut semakin mendorong WPS untuk melakukan VCT secara rutin. Dukungan yang muncul secara terus menerus dari orang-orang terkait akan mempunyai pengaruh yang besar terhadap praktik VCT secara rutin. Beberapa diantara mempunyai pengaruh yang lebih besar seperti dukungan dari sesama WPS, dari mucikari, dan dari petugas kesehatan.^{16,17}

Penelitian yang dilakukan oleh Wulandari, Cahyo, Syamsulhuda, dan Widagdo tentang faktor- faktor yang berhubungan dengan perilaku wanita pekerja seks (WPS) untuk melakukan VCT di lokasi Tegal Panas Kabupaten Semarang adalah lama bekerja sebagai WPS, tingkat pengetahuan, sikap, kelengkapan sarana, dan dukungan konselor. Penelitian yang dilakukan oleh Apriyanti, faktor-faktor yang mempengaruhi wanita pekerja seks (WPS) dalam pemeriksaan *voluntary counselling and testing* di Lokasi Pasar Kembang Yogyakarta antara lain media informasi, dukungan teman sebaya, pengetahuan, dan persepsi.^{18,20}

Berdasarkan beberapa penelitian dukungan sosial berasal dari mucikari, petugas *outreach*, sesama WPS, keluarga, petugas Kesehatan klinik VCT, pelanggan, dan pasangan/pacar.

B. Kerangka Teori

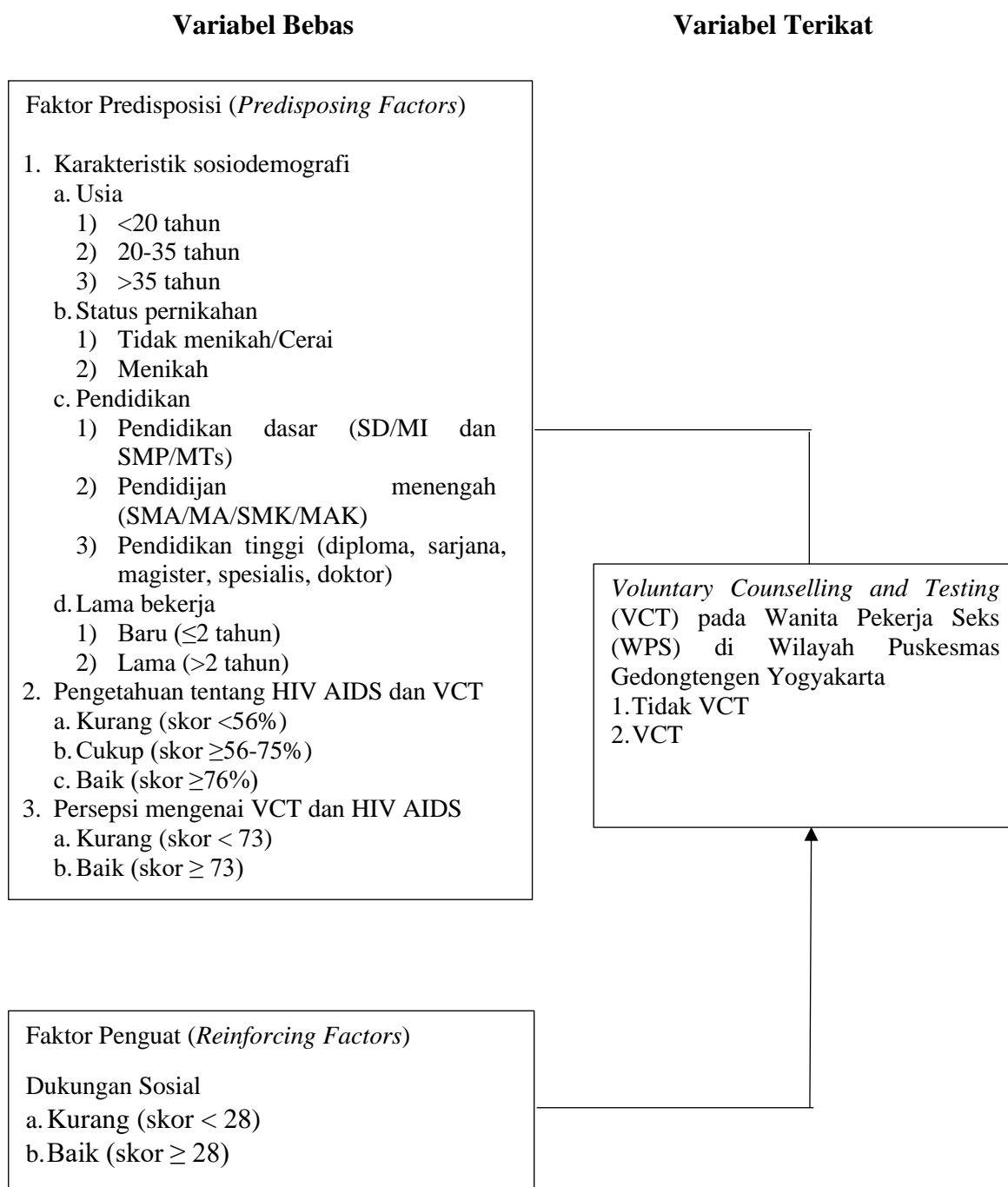
PRECEDE



PROCEED

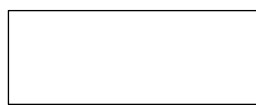
Gambar 4. PRECEDE-PROCEED Model Green and Kreuter, 2005¹⁵

Dalam penelitian ini kerangka konsep yang dikembangkan adalah sebagai berikut:

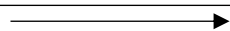


Gambar 5. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



= Variabel yang diteliti



= Arah hubungan

Gambar kerangka konsep di atas menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi VCT (karakteristik sosiodemografi, pengetahuan tentang HIV AIDS dan VCT, persepsi mengenai VCT dan HIV AIDS, dan dukungan sosial) dengan perilaku VCT pada WPS di wilayah Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta.

C. Hipotesis

1. Ada pengaruh karakteristik sosiodemografi terhadap VCT pada WPS di wilayah Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta.
2. Ada pengaruh pengetahuan tentang HIV AIDS dan VCT terhadap VCT pada WPS di wilayah Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta.
3. Ada pengaruh persepsi mengenai VCT dan HIV AIDS terhadap VCT pada WPS di wilayah Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta.
4. Ada pengaruh dukungan sosial terhadap VCT pada WPS di wilayah Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta.
5. Ada faktor yang paling berpengaruh terhadap VCT pada WPS di wilayah Puskesmas Gedongtengen Yogyakarta